



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale
U.O.D. Prevenzione e Sanità Pubblica Veterinaria

EMERGENZE NON EPIDEMICHE (E.N.E.)

RILEVAMENTO IMPRESE ALIMENTARI

REGIONE _____ ASL _____

Impresa : registrata 852 ☐ riconosciuta 852 ☐ riconosciuta 853 ☐ N. Reg./Ric.: _____

Descrizione Attività: _____

Denominazione: _____ C.F. _____

Comune: _____ Località: _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

Latitudine: _____ Longitudine: _____

Data visita in azienda: ____/____/____ Distanza epicentro: _____

Condizioni Viabilità: raggiungibile ☐ raggiungibile con difficoltà ☐ non raggiungibile ☐

Disponibilità Utenze: GAS ☐SI ☐NO IDRICA ☐SI ☐NO ELETTRICA ☐SI ☐NO

Interruzioni nelle utenze dall'E.N.E.? ☐SI ☐NO Se sì, indicare quali e per quanto tempo: _____

Natura approvvigionamento idrico: Acquedotto ☐ Pozzo ☐ Cisterne ☐

Data ultimo controllo potabilità fornitura idrica : ____/____/____ Esito conforme ☐SI ☐NO

Eventuale abitazione annessa ☐SI ☐NO

Numero abitanti _____ abitazione lesionata? ☐SI ☐NO e/o accertata inagibilità? ☐SI ☐NO

INFORMAZIONI SULL'IMPRESA

Rilievo	Criticità?	Note
L'impresa è in attività?	☐ SI ☐ NO	
Se l'attività è interrotta, lo è in toto o in maniera parziale?	☐ TOTALE ☐ PARZIALE	
Da che data l'attività è interrotta?		
Requisiti Strutturali	☐ SI ☐ NO	
Attrezzature	☐ SI ☐ NO	
Mezzi di trasporto	☐ SI ☐ NO	
Catena del Freddo	☐ SI ☐ NO	
Magazzinaggio prodotto finito	☐ SI ☐ NO	
Prodotto non conforme segregato dall'impresa (Kg)	☐ SI ☐ NO	Numero lotto e numero Kg
Prodotto non conforme già smaltito	☐ SI ☐ NO	Bolla di smaltimento SOA (DDT di riferimento) se di OA
Disponibilità maestranze in situazione di normalità		Indicare il numero di unità
Carenza disponibilità maestranze a seguito E.N.E.		Indicare il numero di unità
Note / Commenti / Indicazioni		

Cognome e nome O.S.A. _____

Firma _____

Cognome e nome Tecnico Agibilità e Danno Emergenze _____

Firma _____

Nome e Cognome dell'operatore (*) che ha effettuato la visita _____

(*) Veterinario/Medico/Tecnico della prevenzione

Firma _____